Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

COMMUNITY MENTAL HEALTH

(Section 3.06, 2008 Annual Report of the Auditor General of Ontario)

2nd Session, 39th Parliament
59 Elizabeth II

Library and Archives Canada Cataloguing in Publication Data

Ontario. Legislative Assembly. Standing Committee on Public Accounts
Community mental health (Section 3.06, 2008 Annual report of the Auditor General of Ontario)

Text in English and French on inverted pages.
Title on added t.p.: Services communautaires de santé mentale (Rapport annuel 2008 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.06).
Also available on the Internet.
ISBN 978-1-4435-1621-1

1. Ontario. Ministry of Health and Long-Term Care—Auditing. 2. Community mental health services—Ontario. I. Title. II. Title: Services communautaires de sante mentale (Rapport annuel 2008 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.06)

RA790.7.C2 O56 2009 353.6'4243909713 C2009-964058-9E

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

The Honourable Steve Peters, MPP
Speaker of the Legislative Assembly

Sir,

Your Standing Committee on Public Accounts has the honour to present its Report and commends it to the House.

Norman W. Sterling, MPP
Chair

Queen's Park
May 2010

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

MEMBERSHIP LIST

2nd Session, 39th Parliament

NORMAN W. STERLING
Chair

PETER SHURMAN
Vice-Chair

AILEEN CARROLL

FRANCE GÉLINAS

JERRY J. OUELLETTE

DAVID RAMSAY

LIZ SANDALS

MARIA VAN BOMMEL

DAVID ZIMMER

Katch Koch
Clerk of the Committee

Lorraine Luski
Research Officer

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

LIST OF CHANGES TO COMMITTEE MEMBERSHIP

LAURA ALBANESE was replaced by DAVID RAMSAY on September 15, 2009.

ERNIE HARDEMAN was replaced by TED ARNOTT on September 15, 2009.

TED ARNOTT was replaced by PETER SHURMAN on February 24, 2010.

PHIL MCNEELY was replaced by AILEEN CARROLL on March 9, 2010.

CONTENTS

LIST OF SELECTED ABBREVIATIONS ii

INTRODUCTION 1

OVERVIEW 1
- LHINs Assume Responsibility for Community Mental Health 1
- Ministry-LHIN Accountability Agreements 2
- Funding and Expenditures 2
- Ministry Mental Health Policy Re-direction 3

OBJECTIVES AND SCOPE OF THE AUDIT 3

ISSUES RAISED IN THE AUDIT AND BEFORE THE COMMITTEE 4
- Access to Services 4
  - Wait Lists and other Community Mental Health Access Issues 4
  - Coordination of Access to Services 5
- Funding 8
  - Wage Disparities between Community and Institutional Sectors 8
  - Historical and Needs-based funding 9
  - New Health-Based Funding Methodology 10
- Housing 11
  - Supportive Housing Shortages 11
- Program Standards 12
  - Many Community Mental Health Programs Lack Standards 12
- Performance Measurement and Reporting 14
  - Ministry Operational Goals and Performance Indicators 14
- Monitoring and Accountability 15
  - Service Accountability Agreements and Performance Schedules 16

CONSOLIDATED LIST OF RECOMMENDATIONS 18

List of Selected Abbreviations

ACT	Assertive Community Treatment
CMH	Community Mental Health
CTO	Community Treatment Order
ICM	Intensive Case Management
IHSP	Integrated Health Service Plan
LHINs	Local Health Integration Networks
MOHLTC	Ministry of Health and Long-Term Care
SMI	serious mental illness; or (the) seriously mentally ill

INTRODUCTION

According to the Ministry of Health and Long-Term Care, the community mental health sector is more integrated, expanded, and accessible than it was in the past although its delivery system is more articulated and complex than other sectors of healthcare. There is much broader variation in the choice of client treatment and services, ranging from intense acute care, medication management, and supported activities in the community such as employment and housing. Yet despite this, the Committee perceives that the community mental health sector has been poorly resourced relative to its complex needs; it has been called the "poor cousin" of the healthcare system. While the Ministry has determined that the mental-health system should achieve a spending target of 60% on community-based services to 40% on in-patient services, the Auditor General (Auditor) observed in his recent audit that the reverse is true. The Ministry spent about $40 on community-based services for every $60 it spent on institutional services in 2006/07. The Auditor's observations have been noted by the Ministry, namely, that there is not, as yet, an adequate community-based system to support people who suffer from serious mental illness. The government, the Minister, and the Legislature all share this view.

In February 2009, the Standing Committee on Public Accounts held an afternoon of public hearings on community mental health.[1] The topic of this hearing—also the subject of an audit in the *2008 Annual Report* of the Auditor General, drew before the Committee six community mental health service providers, representatives of three local health integration networks—the Central, Champlain, and South-West LHINs—and officials from the Ministry of Health and Long-Term Care. (For a transcript of proceedings, see Committee *Hansard*, February 18, 2009.) This report highlights the Auditor's observations and recommendations contained in Sec. 3.06, and presents the Committee's own findings, views, and recommendations.

The Committee endorses the Auditor's findings and recommendations and thanks the Auditor and his team for drawing attention to these important issues pertaining to mental health services throughout Ontario communities and within the LHINs.

OVERVIEW

LHINs Assume Responsibility for Community Mental Health

The *Local Health System Integration Act, 2006* established 14 Local Health Integration Networks (LHINs) responsible for the effective and efficient management of the health-care system locally. Effective April 1, 2007, the

[1] During its public hearings on February 18, the Committee was informed that the Legislature was in the process of forming a Select Committee on Mental Health that is expected to report its findings in 2010. The terms of reference of the Select Committee can be accessed in *Hansard* at http://www.ontla.on.ca/web/committee-proceedings/committees_detail.do?locale=en&detailPage=mandate&ID=7790

Ministry of Health and Long-Term Care (Ministry) closed its seven regional offices and transferred their responsibilities to either the LHINs or new areas within the Ministry. Community mental health (CMH) service providers began reporting directly to their respective LHINs rather than to the Ministry. But as the Committee notes later in this report, some confusion remains around the reporting function. The LHINs assumed responsibility for prioritizing, planning, and funding selected health-care services including community mental health services.

Ministry-LHIN Accountability Agreements

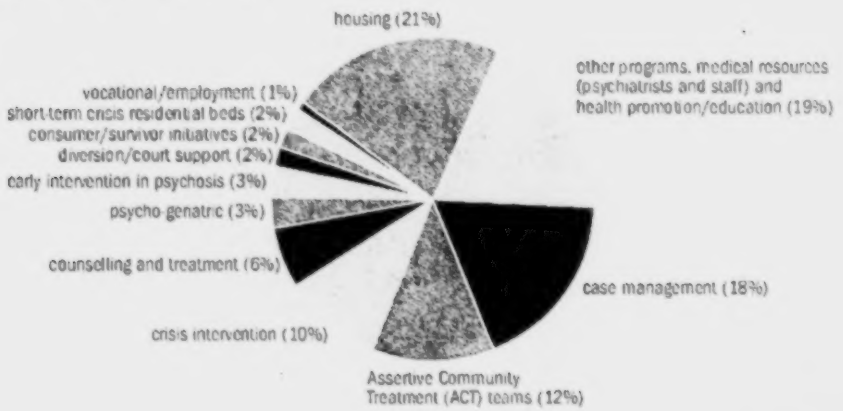
Each Ministry-LHIN Accountability Agreement sets out the relationship between the Ministry and the LHIN. The Ministry provides transfer payments to the LHINs which, in turn, fund about 330 community-based service providers of mental-health services.

Funding and Expenditures

Funding for community mental health totalled about $647 million in the 2007/08 fiscal year, ($595 million in 2006/07) up from $390 million in 2001/02, the time of the Auditor's last audit. The components of Community Mental Health Expenditures for the 2006/07 year (%) are as follows:

Components of Community Mental Health Expenditures 2006/07 (%)

Source of data: Ministry of Health and Long-Term Care


housing (21%)
other programs, medical resources (psychiatrists and staff) and health promotion/education (19%)
vocational/employment (1%)
short term crisis residential beds (2%)
consumer/survivor initiatives (2%)
diversion/court support (2%)
early intervention in psychosis (3%)
psycho-geriatric (3%)
counselling and treatment (6%)
case management (18%)
crisis intervention (10%)
Assertive Community Treatment (ACT) teams (12%)

Ministry Mental Health Policy Re-direction

The Ministry began funding community-based mental health services in 1976, when mental health policy evolved from one of institutional care in psychiatric hospitals to one focused more on community-based care. Since 1998, the Ministry has divested its 10 provincial psychiatric hospitals (PPHs) to the public hospital system to allow for the coordination and delivery of mental-health services to be overseen at the local community level.[2] Community mental health programs treat the estimated 2.5% of the population, 16 years and over, who suffer from a serious mental illness (SMI).

Objectives and Scope of the Audit

The Committee welcomed the opportunity to review the Auditor's first audit of the CMH sector where under the Auditor's recently expanded mandate, the Auditor could audit the community service providers.[3] In this most recent audit, the objective was to assess whether the partnership of the Ministry, the LHINs, and the community-based service providers had mechanisms structured to

- meet peoples' service needs for mental health treatment;
- monitor payments and services, ensuring compliance with legislation, agreements and policies; and
- measure and report on the effectiveness of the partnership's community mental health programs.

While the Auditor's staff met with Ministry personnel and stakeholder groups, the focus of the audit was at the three LHINs (Central, Champlain, and South West) and the six CMH service providers, two from each of the three LHINs.

The Auditor expressed concern in the 2002 and 1997 audits over the lack of clear provincial expectations for the level of community-based services that people with serious mental illness could expect to receive. As well, there was a lack of

---

[2] The arms' length Health Services Restructuring Commission (HSRC) provided final advice to the Minister of Health for 9 of the 10 PPHs as part of the overall hospital and health services restructuring in the province. The advice recommended the transfer of management and governance of the PPHs to various existing or newly created public hospital corporations. In the case of the 10th hospital, the Mental Health Centre Penetanguishene (MHCP), however, the HSRC provided only general advice that it be transferred to a public hospital corporation without specific directions with respect to a receiving hospital. Source: Legal Services Branch, Ministry of Health and Long Term Care (September 28, 2009). In 1998 Queen Street Mental Health Centre was the first PPH to be divested. It was transferred to the Centre for Addiction and Mental Health. In 2008, the MHCP was the 10th and final PPH to be divested to a public hospital corporation (which operates under the same name). See Ministry of Health and Long-Term Care, Communications and Information Branch, "Mental health centre divestment strengthens local governance and keeps with ministry's stewardship mandate," *New Directions* (October 27, 2008), pp. 1-2.

[3] The Auditor's previous audits took place in 1987, 1997, and 2002 and did not include the community service providers.

information on whether the level of care provided by community-based service providers was sufficient to enable clients to live fulfilling lives in their local communities.

Issues Raised in the Audit and Before the Committee

In the current audit, the Auditor noted that while the Ministry has made some progress in the current audit, many of the Auditor's earlier concerns have not yet been adequately addressed. The Ministry has successfully reduced the number of mentally ill in institutions, but noted that the ultimate success of this strategy depends upon adequate community-based support systems. The Auditor concluded that over the years, the agencies have operated with considerable autonomy which has resulted in a patchwork of services across the province. As highlighted below, several significant issues were raised by the audit and identified by the Committee.

Access to Services

Making it Happen, a key mental health policy document released by the Ministry in 1999, stated that each person with an SMI should have access to treatment, rehabilitation, and support services.

While there has been significant progress in the CMH sector of today, timely access to appropriate community mental health care is not always available across the province. All stakeholders recognize that more work is needed to transform mental health services into a comprehensive system that puts the person first, is barrier free, and is easier to access and navigate. Excluding the supportive housing programs, this sector had wait times of about 180 days on average, ranging from a minimum of eight weeks to a year or more.

The Auditor recommended that the Ministry improve coordination with the LHINs and other ministries involved in serving people with mental illness. Furthermore, the LHINs should work with service providers to improve the reliability of wait-list and wait-time information and use such information to determine the need for prioritizing specific types and levels of service.

Wait Lists and other Community Mental Health Access Issues

During the public hearings, the Committee heard that constituents have contacted Members' offices to express concern about the lack of timely access to services from local mental health service providers. Committee Members asked the Ministry who is accountable for ensuring such access—the service provider, the LHIN, or the Ministry? During discussions the Ministry indicated that since the provider has a service agreement with the LHIN, the service provider would be accountable for providing access. When it was further disclosed that the provider had pointed to resource limitations and the creation of a waiting list for the service, it was suggested that the Members follow-up on any concerns with the LHIN.

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

1. **The Ministry of Health and Long Term Care in consultation with the LHINs report to the Standing Committee confirming that they are developing provincial benchmarks such as wait times for community mental health services. The report should indicate the steps required and the time horizon for this initiative. Lastly, the report should indicate whether reporting of wait time targets is now (or will be) a component of the service accountability agreements between the LHINs and the community mental health service providers.**

Members also drew the Committee's attention to difficulties experienced by their constituents when seeking timely and appropriate crisis services for a relative or friend who may not realize that he or she is suffering from a serious mental illness and may be a danger to self or others. Members highlighted recent news articles on this topic. One involved a man who, having become isolated died alone in his apartment. Members asked the Ministry whether these and other examples, frequently reported in the press, might justify a change to Ontario's mental health laws, recognizing the need to protect both the seriously mentally ill and society.

The Legislature last looked at this matter in 2000 when it amended the *Mental Health Act* to allow community treatment orders (CTOs).[4] The Ministry said that it has not been strongly pressured from the public or the treatment community to amend that aspect of the legislation and therefore perceives the current statutory regime to be appropriate.

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

2. **The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Standing Committee (i) whether in its view the *Mental Health Act* can adequately meet the needs of those who seek appropriate services for seriously mentally ill persons who refuse treatment or who pose a danger to self and others; and (ii) whether the Ministry keeps statistics about the lack of appropriate services in such circumstances.**

Coordination of Access to Services

Making It Happen, the 1999 policy document, stated that access to "mental health services in Ontario can be confusing and time-consuming for clients and their families/key supports." A decade later, this continues to be an issue. In 2008, the Auditor observed a lack of formal coordination and collaboration among the key stakeholders: CMH service providers, the relevant ministries, and the LHINs. A key reason for creating the LHINs arose from Ministry concerns over lack of coordination and integration of services in the CMH sector. In essence, to many

[4] The purpose of a community treatment order is to provide a person who suffers from an SMI with a plan for community-based treatment or care and supervision that is less restrictive than being detained in a psychiatric facility. For more information on community treatment orders, see Ontario, Office of the Auditor General, *2008 Annual Report* (Toronto: The Office, December 2008), pp. 192-3.

people, the sector could be a confusing system of many service providers and multiple access points.

The Auditor recommended that the Ministry improve coordination with the LHINs and other ministries serving people with mental illness. He further recommended that the Ministry provide support to the LHINs, particularly in terms of knowledge transfer and data availability, to enable the LHINs to effectively coordinate and oversee service providers. He also noted that the providers will look to the LHINs for leadership in providing the necessary assistance to enhance coordination and collaboration among health service providers.

During the public hearings, the Committee heard about inter-ministry coordination and collaboration initiatives including best practices. The Ministry indicated that there is a great deal of inter-ministerial cooperation, as well as cooperation between LHINs and municipalities. The Committee heard about initiatives in criminal justice through the Ministry of the Attorney General and the Ministry of Community Safety and Correctional Services involving forensic mental health and court diversion programs. Another example of inter-ministerial cooperation exists between the Ministry of Community and Social Services (MCSS) and the Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC) on the dual diagnosis population—developmentally handicapped people who also suffer from mental illness.[5] A new joint policy guideline has recently been published to clarify responsibilities between the two ministries when working with these clients.[6] Though the MCSS has the lead responsibility, it is supported actively by the MOHLTC through LHINs and local providers.

Members asked about the sector's most vulnerable clients—those who suffer from mental illness and live in shelters, group homes, the streets, and who are largely "lost to the system." Members wondered how those clients might obtain appropriate and timely mental health services given the sector's somewhat confusing system and multiple access points.

One of the witnesses pointed out that when leaving a shelter or group home, those with serious mental illness often become the responsibility of the emergency workers (police, ambulance attendants, the emergency departments of local hospitals). She highlighted an intriguing statistic— the London city police

[5] The National Association for the Dually Diagnosed (NADD) estimates that 30% of the population with a developmental disability also has a mental health disorder. Using the NADD figure of 30%, it is estimated that there are approximately 37,620 individuals with a dual diagnosis in Ontario.

[6] Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC) and Ministry of Community and Social Services' (MCCS) *Joint Policy Guideline for the Provision of Community Mental Health and Developmental Services for Adults with a Dual Diagnosis* (December 2008). Internet site at http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/mental/joint_policy_guideline.pdf accessed January 2009. Services for adults age 18 and older with a dual diagnosis are a responsibility shared by both ministries. Planning for youth ages 16 and 17 with a dual diagnosis is shared by both MOHLTC and MCCS to work with the Ministry of Children and Youth Services (MCYS) which has responsibility for development and mental health services for children and youth under age 18.

respond to twice as many mental-health related calls as they do to car accidents with injuries. In her view, this situation calls out for the collective efforts of all ministries at the bureaucratic level to develop ways of diverting such clients away from hospital emergency rooms and the criminal justice system and towards suitable community mental health services.

According to other witnesses, these situations call for the strengthening of. intensive case management as well as collaboration and cooperation with multiple providers and stakeholders. Witnesses noted that the Ontario health care system tends to perform poorly when faced with transitions from one provider to another, and this problem is not unique to mental health. The LHINs recognize the system's shortcomings and would like to bring the players together to build a comprehensive system that is patient-centred—to ensure a smooth transition of clients from one provider to the next.

Some Committee Members suggested that health care professionals in the CMH sector and those in long-term-care homes might form working partnerships to help train staff in the homes to more effectively manage dementia among the residents. The Committee heard that in one of the LHINs, a well-known psychiatrist has started educating the staff about the needs of residents suffering from dementia. The Ministry argued that while there is a need for staff training and education, it is more important to address this need among residents of the long-term care homes rather than try to create the referral mechanisms with the psychiatric community outside the homes.

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

3. **The Ministry of Health and Long-Term Care in consultation with the Ministry of Community and Social Services report to the Standing Committee providing a status report on the new joint policy guideline for provision of community mental health and developmental services for adults with a dual diagnosis. Specifically, the Committee is interested in knowing:**

    - **how well the new guideline is working in the field to assist service providers in helping those with a developmental disability who have mental health needs;**
    - **whether the Ministries of Health and Long-Term Care and Community and Social Services are clear as to their respective responsibilities and are successfully coordinating their services to serve these individuals; and**
    - **at what point will the effectiveness of the joint guidelines be assessed by the two ministries.**

4. **The LHINs should report to the Standing Committee on how they plan to achieve integrated mental health services. The report should address transitions between all the players in the system; whether**

they have considered establishing a single point of entry for people seeking access; and if so, an estimate of the timeframe involved.

5. **The Ministry of Health and Long-Term Care should consult with the Ministry of Community Safety and Correctional Services (MCSCS) and report back to the Standing Committee as to the following:**

   - **whether MCSCS gathers statistics from local police services, (including the Ontario Provincial Police) that keep track of trends concerning interactions between the police and mentally ill persons in crisis situations; and**
   - **what kind of training is available to help police learn how to interact skilfully and professionally in all situations involving serious mentally ill persons in the community.**

Funding

Community mental health expenditures rose from $409 million in 2003/04 to $647 million in 2007/08. This 58% increase resulted from four-year federal "Accord" funding which allocated $117 million and two-year provincial "Service Enhancement" funding which allocated $50 million. The Accord funding expanded services in crisis intervention, intensive case management, early intervention in psychosis, and Assertive Community Treatment (ACT) Teams. The Service Enhancement investments are intended to keep SMI persons out of the criminal justice and correctional systems.

While this expenditure increase benefited selected CMH service providers, the majority received no additional money beyond a 1.5% annual increase in the last few years.

The Auditor recommended that the LHINs, in consultation with the Ministry of Health and Long-Term Care, provide the community capacity and resources needed to serve people with a serious mental illness being discharged from institutional settings.

Wage Disparities between Community and Institutional Sectors

During the public hearings, Members were interested in the different salary grids between mental health service providers working in the community and those in hospitals. One witness estimated that the wage difference between nurses working in the community versus hospital would range between 10 and 15 % (without benefits). When factoring in benefits, the compensation discrepancy is even greater. The underfunding leads to challenges in recruitment and retention of community-based staff, high employee turnover, reduction of service and volume level, and less continuity in case management. The witness is employed at an agency which received a 1.5 % increase over the past year—yet, the agency's collective agreement required an increase of 3.25 %. To maintain a balanced

budget, those underfunded agencies have to reduce the number of staff and the levels of service to clients.

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

6. **The Ministry of Health and Long-Term Care and the LHINs report to the Standing Committee indicating what is being done to alleviate the remuneration disparities between service providers working in the community mental health sector vis-à-vis their institutional counterparts.**

Historical and Needs-based funding

Review of Best Practices in Mental Health Reform, a federal document, states that the allocation of resources is more effective and equitable when it is based on actual needs rather than on historical funding. Needs-based funding directs resources to where the need is greatest, regardless of historical relationships with service providers and past patterns of funding use.

The Auditor noted that average per capita funding for community mental health services across the province was about $42. Yet historical-based funding has resulted in significant variation in regional average per capita funding—ranging from a high of $115 to a low of $19—depending upon where one lives in the province. These highly variable regional averages may not reflect current mental health needs.

Noting that people with similar needs should receive a similar level of community supports and services, the Auditor recommended that the Ministry and the LHINs collect complete data and cost estimates to review regional variations in population characteristics, needs, and health risks so that funding provided is commensurate with the demand for and value of the services to be provided.

During the hearings, Members asked the Ministry whether, at the time of transferring responsibility for community mental health to the LHINs, the Ministry intended to level the playing field and transfer services and resources to the LHINs that reflected the principle of equitable and uniform service levels and supports.

The Ministry responded that no such adjustment was made at the time of the transfer; it simply took existing agreements with its agencies and transferred them to the respective LHINs. In future the LHINs will determine what gaps or unmet needs exist, and how to fund them in future budget cycles.

Some Members would like the funding allocations to agencies made public to draw attention to those areas of the province that may be over-funded or under-funded, relative to its needs. Members expressed the view that the LHINs with heavier mental health caseloads should be allocated more resources based on their greater needs.

New Health-Based Funding Methodology

The Ministry is exploring a new funding model and management tool for health care in Ontario known as the Health-Based Allocation Model (HBAM). It is based on measures of health status and other population-based factors. HBAM will also be applied to the CMH sector. The pace of model development will depend upon such factors as data availability and quality. The Ministry estimated that the HBAM model for community mental health will be implemented within 24 months. Some Members expressed surprise that it would take as long as 24 months.

The Ministry explained that the new funding model requires data and information on the population and in some cases, the data is incomplete or unreliable. Once those shortcomings are addressed, the Ministry will test the model to ensure that it is a fair and accurate method of making the allocation.

The Ministry is concerned about the adequacy of information provided by a large number of agents—with 330 community health agencies and several public hospitals. There is also the challenge of making sure that the funding model actually works. In the meantime, while the new funding model is under development, the Ministry through the LHINs will continue to allocate resources to CMH providers.

The prospect of allocating funding to the 330 or more providers in the community mental health sector raises a number of key questions. Members wondered whether the LHINs and the Ministry have a good grasp of all these disparate agencies, of which some have operated with considerable autonomy. Members also wondered what is known about the providers. Is information available on their services? Are the services being delivered, and are they effective? Is the province receiving good value for the funding it provides to them?[7]

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

7. **The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Standing Committee to clarify how the Health-Based Allocation Model (HBAM) will redress the issue of historical-based funding in this sector which has led to regional disparities in program funding. The report should also indicate when the Ministry expects HBAM to be implemented as the primary basis for funding community mental health services across the province. Finally, the report should indicate whether the Ministry and the LHINs agree with the position of the**

[7] Standing Committee Members heard about a similar subject matter during the hearings held on Child and Youth Mental Health (Sec. 3.04 of the Auditor's *2008 Annual Report*). There, a witness pointed out that about 100 agencies form the backbone of the community-based children's mental health covering the province. He described these agencies as the locus of clinical and research expertise on the delivery of child and youth mental health services. Yet, there are approximately 440 transfer payment agents in this program and the witness is unable to identify approximately 300 of them. See Ontario, Legislative Assembly, Standing Committee on Public Accounts, *Hansard: Official Report of Debates*, 39th Parliament, First Session (29 April, 2009): pp. 346-7.

Standing Committee, namely—that service agreements between the LHINs and all its provider agencies in this sector should be signed before funds begin to flow under the new HBAM funding formula.

8. **The Ministry of Health and Long-Term Care in cooperation with the LHINs, should report to the Standing Committee indicating whether it has a satisfactory understanding of the specific services being provided by each of the approximately 330 service providers in the community mental health sector.**

Housing

Homelessness is a common experience of those who suffer from an SMI. On average, 30 to 35% of homeless people have mental health problems. Housing, a key determinant of health, plays a critical role in an effective CMH system. When clients with mental illness have choice and control over their housing, they tend to report increased well-being. Supportive housing offers individualized, flexible, and rehabilitation-oriented supports to help clients improve their community-living skills and maximize their independence.

The Ministry remains the sole provincial funder for both the support services and the accommodation components of supportive housing. Almost 8,000 mental-health supportive housing units, managed by 86 housing providers, were available in Ontario at the time of the audit. These included about 3,300 "dedicated" units purchased by housing providers with government funds and operated by not-for-profit housing providers; and 4,600 "rent supplement" units – secured by housing providers from private landlords. The Ministry pays a rent subsidy to the housing provider to assist with clients' monthly rental payments.

Supportive Housing Shortages

A critical shortage of supportive housing units exists in Ontario with waiting time ranging from one to six years. An uneven distribution of units is also prevalent throughout the province, ranging from 20 units per 100,000 people in one LHIN to 273 units per 100,000 people in another. On the other hand, some service providers in the Greater Toronto Area (GTA) had vacancy rates as high as 26 % while other regions experienced serious shortages.

The Auditor recommended that the Ministry and the LHINs tackle several areas with regard to supportive housing. First, improve data collection and system monitoring to determine the number and type of housing units needed; the areas experiencing serious shortages of such housing; the levels of unmet needs, occupancy and vacancy; and, the adequacy and appropriateness of care provided to housing clients. Secondly, the Ministry and the LHINs should ensure that one-time capital funding is being spent in a timely and prudent manner.

During the public hearings, one of the witnesses expressed the view that the CMH system desperately needs affordable, safe, supportive housing. Many with severe mental illness are residing in the shelter system, jails, or in acute care hospitals for

long lengths of stay. The witness pointed out that "although the Ministry of Health and Long-Term Care has been very good about providing investments in this area, the under-resourcing at the community is by more than 100%." The current demand is great and far outweighs the supply.

The Ministry informed the Committee that over the past four years, the province has added a total of 2,250 new supportive housing units, with a budget of approximately $36.5 million allocated among 14 LHINs. The Ministry has responsibility for about 12,500 beds. Of that supply, about 8,500 are occupied by persons suffering from mental illness. The Ministry also operates nearly 1,000 homes with special care beds. It is planning to add an additional 1,000 supportive housing beds over the next couple of years.

Several witnesses emphasized the *support* in supportive housing, viewing such housing as a key investment that goes a long way to address severe and persistent mental illness and homelessness. In their view, housing is simply not successful unless there are ongoing mental health supports.

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

9. **The Ministry of Health and Long-Term Care and the LHINs report to the Standing Committee indicating what resources or tools they need to assess the overwhelming demand for supportive housing in the community mental health sector. The report should also indicate what is being done to manage the demand, and whether the Ministry shares the Committee's view that when allocating new supportive housing, the Ministry should look at the LHINs with the greatest needs.**

Program Standards

Many Community Mental Health Programs Lack Standards

As the number of people who receive mental health services in the community grows, it is important to have measurable and meaningful program standards to ensure that clients' needs are met. Without standards and criteria, such as staff qualifications and staff-to-client ratios, it is difficult to assess whether the SMI are receiving the level and quality of services required.

Similar to the 2002 audit, the 2008 audit found that the Ministry still lacks standards defining acceptable services and quality for most funded CMH programs. For example, three programs—short-term crisis residential beds, community treatment orders, and early intervention in psychosis program—which served about 10,000 clients across Ontario in 2006/07, all lack provincial standards.

While the Ministry does have provincial standards for ACT Teams, intensive case management, and crisis intervention, the Auditor noted that neither the Ministry nor the LHINs were monitoring the service levels against the standards. Some

service providers reported that in the past five years, no Ministry or LHIN staff had contacted them. Although ACT Teams did have standards, the average caseload fell below the targeted caseload. Issues also arose over the accuracy and reliability of the Teams' data, making it difficult to measure the performance of each ACT Team against the standards.

The Auditor recommended that the Ministry and the LHINs establish provincial standards, performance benchmarks, and outcome measures for the more critical programs against which the quality and costs of services can be evaluated. The Ministry and the LHINs should also improve data-collection and reporting to obtain relevant, accurate, and consistent information across Ontario for performance monitoring purposes.

During the hearings, the Ministry noted that its overall role and responsibilities include setting provincial policy and program standards. The Committee asked the Ministry about the status of provincial standards for the CMH sector. Specifically, what provincial standards "framework" did the Ministry expect the LHINs to utilize when responsibility for the sector was transferred to them? In response, the Ministry noted that its development of provincial standards in this sector is largely a "work in progress" due to various factors identified elsewhere in the Auditor's report—the nuances and complexity of the community mental health delivery system, weaknesses pertaining to data collection, data quality, and information reporting, including lack of automation among smaller providers in some cases. The Ministry recognizes that establishing provincial policy and program standards is a huge, challenging undertaking for the Ministry, the LHINs, and service providers. But the Ministry also recognizes that it is an area that needs to be addressed.

The Committee asked witnesses about the performance and monitoring of ACT Teams, one of the few CMH programs with provincial standards.[8] The Committee heard that the Teams, though resource-intensive, help maintain clients in their home communities instead of hospitals. Though well-regarded, the Teams often had long wait times ranging from eight months to a year. Increased CMH funding in recent years has established an additional 20 ACT Teams in Ontario.

The Committee highlighted a finding by the Auditor in the 2008 audit. The average caseload for ACT Teams was 63, well below the targeted caseload of 80-100 clients. The Ministry indicated that some teams were performing below the target caseload because they were new. In addition to raising the performance levels of the Teams, the Ministry pledged to improve the accuracy and reliability of Teams' reporting, as suggested by the Auditor.

---

[8] Assertive Community Treatment (ACT) Teams are an alternative to hospitalization for the seriously mentally ill. They provide ongoing, individualized intensive support, helping clients develop the skills they need to live in the community. Each multidisciplinary ACT Team provides a full range of services to a roster of between 80 to 100 clients. Each team consists of nine to 12 full-time clinical staff including a psychiatrist, nursing staff, a program assistant and team coordinator, among others. Services are available 24/7. Ontario, Office of the Auditor General, *2008 Annual Report* (Toronto: The Office, December 2008), p. 191.

The Committee believes that by tackling the lack of program standards in several community mental health programs, the Ministry will also discover that it is addressing a number of other gaps and shortcomings in this sector.

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

10. The Ministry of Health and Long-Term Care, in collaboration with the LHINs report to the Standing Committee indicating what major steps are involved in developing standards for all the community mental health programs that currently lack them. The report should also indicate the sequence of the steps and the associated time frames for each.

Performance Measurement and Reporting

The Ministry's 1999 policy document, *Making it Happen* states that one of the goals of mental-health reform is to "achieve clear system service responsibility and accountability through the development of explicit operational goals and performance indicators." Performance indicators, which are quantifiable measures, reflect the critical success factors of a program or service, providing a meaningful method for measuring and reporting on progress in achieving objectives.

Ministry Operational Goals and Performance Indicators

Making it Happen called for explicit operational goals and performance indicators. The Ministry's *2007 Mental Health Strategy Map and Mental Health System Scorecard* takes a step in that direction, but the Ministry and the LHINs still lack sufficient information to assess the adequacy of community-based care received by those with an SMI.[9] Among those indicators deemed ready for full implementation, the Ministry still has not developed measurable and meaningful targets or benchmarks for each, despite having identified this need in the earlier 1997 and 2002 *Annual Reports*. The Ministry is aware that the lack of these benchmarks hampers its ability to measure and compare performance between service providers.

The Auditor recommended that the Ministry complete the implementation of its comprehensive set of performance indicators and select targets or benchmarks to enable the Ministry and LHINs to properly assess the performance of service providers. The Ministry should improve information systems to enable it to collect complete, accurate, and useful data for the process of making management decisions and determining service effectiveness. The Auditor also recommended that from time to time, the Ministry publicly report on the performance indicators for the CMH sector.

---

[9] As an element of performance measurement, the goals of the mental health strategy map are linked with the mental health scorecard's 29 indicators to enable the Ministry to determine what it needs to do to improve performance, achieve outcomes, and increase accountability. About half of the indicators are not yet ready for implementation due to lack of data sources or measurement challenges. See Auditor General's *2008 Annual Report*, p. 194.

During the public hearings, the Ministry spoke of its commitment to collect information about services and clients in this sector. Over the past five years, it has invested resources and funding to implement the Management Information System (MIS) and the Common Data Set for Mental Health (CDS-MH). The Ministry has successfully piloted and is considering implementing the community mental health common assessment tool which will help providers across the province to better understand and act upon the needs of clients. The Auditor's *Annual Report* noted that 80% to 90% of service providers are submitting data and complying with the reporting requirements, but more attention is needed in this area.

The Ministry recognizes that the quality of service providers' data needs to be improved, and it is working with the LHINs to determine how best to assist the providers to address this aspect of their operations.

The issue of data collection, data quality, and reporting arose frequently throughout the public hearings during Committee discussions on most topics—access to CMH services, funding, supportive housing, and provincial program standards. Discussions also suggested that these data-related issues were exacerbated by lack of oversight, monitoring, and timely feedback by staff of the Ministry or LHINs to service providers who, at times, lacked expertise, resources, clarity, and support. The Committee believes that the data issue is critical for CMH as only complete, accurate, and useful data can be used to measure and report on the effectiveness of services in this sector.

The Committee has no wish to create an onerous reporting burden on small community mental health providers. But it also recognizes that the LHINs and the Ministry do need information from these agencies for decision-making purposes.

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

11. **The Ministry of Health and Long-Term Care in cooperation with the LHINs report to the Standing Committee indicating how they are working to ensure that service providers in the community mental health sector gather complete, useful, and accurate data. The report should also indicate whether the Ministry or the LHINs review this information and provide timely feedback to the providers on any concerns.**

Monitoring and Accountability

As Crown corporations, the LHINs have responsibility for managing local health system service providers on behalf of the Ministry. Therefore, the Ministry must have appropriate monitoring mechanisms. Ultimately all system partners—the Ministry, the LHINs, and the CMH service providers, are accountable to Ontarians for meeting the needs of the mentally ill.

Service Accountability Agreements and Performance Schedules

Signed service agreements that stipulate reporting requirements and specific, measurable results are the primary method of holding service providers accountable. The existing agreements between the Ministry and service providers will continue until the LHINs negotiate new service accountability agreements with service providers. Negotiations for new agreements in this sector took place in the 2008/09 fiscal year with the agreements coming into effect April 1, 2009. These new agreements are to include performance schedules to allow the LHINs to measure performance expectations of the service providers. At the time of the audit, however, the agreements had not yet been finalized.

The Auditor recommended that the Ministry develop compliance mechanisms to monitor the LHINs' accomplishment of their stated priorities and to provide feedback to the LHINs for improvement of their operations. He further recommended that the LHINs develop guidelines together with the Ministry for monitoring service providers.

During the public hearings, the Ministry and the LHINs clarified their accountability relationship to each other and with the sector's service providers. The Ministry has accountability agreements with each of the 14 LHINs. The LHIN-Ministry accountability agreements set out the government's expectations and specify a level of expenditure transfer to the LHIN for CMH services and a specified set of operating guidelines.

The LHINs are responsible for planning, funding, integrating, and exercising oversight over CMH service providers. The Ministry works closely with the LHINs to identify and address service gaps. When the Ministry transferred responsibility for community mental health to the LHINs in April 2007, the service agreements that existed between the Ministry and the service providers were transferred to the LHINs. From that point onward, the LHINs became responsible for negotiating new agreements with the service providers. The Committee heard that the LHINs are in the process of establishing new accountability agreements with over 300 CMH service providers using a common template. The LHINs expected to have them all signed by March 31, 2009 to start the next fiscal year.

Prior to the establishment of the LHINs, the CMH service providers "reported" to the Ministry's seven regional offices. During the hearings, the Ministry indicated that since the establishment of the LHINs, reporting by service providers continues to flow to the Ministry which in turn, forwards that information to the LHINs. This avoids the creation of "double reporting" processes, according to the Ministry.[10] The LHINs do, however, exercise influence over the service

[10] In response to a Member asking if the LHINs were going to collect information from agencies, the Deputy responded as follows: "[The LHINs] don't collect it directly. In all of our reporting since LHINs were put in place, we've tried not to duplicate reporting systems. So where there was provincial reporting and continues to be, or new information requirements, we continue to rely on the reporting from the agents through the normal ministry channels. Then the ministry presents the information back to local health integration networks, as opposed to creating double reporting

providers with respect to determining new reporting requirements. In such cases, the Ministry and/or the LHINs would work on these requirements by adjusting the accountability agreements between the LHINs and the service providers.

The Ministry describes the reporting relationship between itself, the community mental health service providers, and the LHINs, as one where the service providers report to the Ministry rather than to the LHINs. This reporting relationship appears to contradict the opening remarks of the Deputy Minister who declared that "today, community mental health agencies report through the LHINs."[11] The Committee seeks clarification from the Ministry.

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

12. The Ministry of Health and Long-Term Care, in cooperation with the LHINs, report to the Standing Committee clarifying the current reporting relationships among the community mental health service providers, the LHINs, and the Ministry. The report should indicate how the reporting would meet the information needs of each without imposing a significant burden on service providers.

processes." See Ontario, Legislative Assembly, Standing Committee on Public Accounts, *Hansard: Official Report of Debates*, 29th Parliament, 1st Session (18 February 2009), p. 227.

[11] Ibid.

CONSOLIDATED LIST OF RECOMMENDATIONS

The Committee requests that the Ministry of Health and Long-Term Care provide the Committee Clerk with a written response to the following recommendations within 120 calendar days of the tabling of this report with the Speaker of the Legislative Assembly.

1. **The Ministry of Health and Long Term Care in consultation with the LHINs report to the Standing Committee confirming that they are developing provincial benchmarks such as wait times for community mental health services. The report should indicate the steps required and the time horizon for this initiative. Lastly, the report should indicate whether reporting of wait time targets is now (or will be) a component of the service accountability agreements between the LHINs and the community mental health service providers.**

2. **The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Standing Committee (i) whether in its view the *Mental Health Act* can adequately meet the needs of those who seek appropriate services for seriously mentally ill persons who refuse treatment or who pose a danger to self and others; and (ii) whether the Ministry keeps statistics about the lack of appropriate services in such circumstances.**

3. **The Ministry of Health and Long-Term Care in consultation with the Ministry of Community and Social Services report to the Standing Committee providing a status report on the new joint policy guideline for provision of community mental health and developmental services for adults with a dual diagnosis. Specifically, the Committee is interested in knowing:**

   - **how well the new guideline is working in the field to assist service providers in helping those with a developmental disability who have mental health needs;**
   - **whether the Ministries of Health and Long-Term Care and Community and Social Services are clear as to their respective responsibilities and are successfully coordinating their services to serve these individuals; and**
   - **at what point will the effectiveness of the joint guidelines be assessed by the two ministries.**

4. **The LHINs should report to the Standing Committee on how they plan to achieve integrated mental health services. The report should address transitions between all the players in the system; whether they have considered establishing a single point of entry for people seeking access; and if so, an estimate of the timeframe involved.**

5. **The Ministry of Health and Long-Term Care should consult with the Ministry of Community Safety and Correctional Services (MCSCS) and report back to the Standing Committee as to the following:**

   - **whether MCSCS gathers statistics from local police services, (including the Ontario Provincial Police) that keep track of trends concerning interactions between the police and mentally ill persons in crisis situations; and**
   - **what kind of training is available to help police learn how to interact skilfully and professionally in all situations involving serious mentally ill persons in the community.**

6. **The Ministry of Health and Long-Term Care and the LHINs report to the Standing Committee indicating what is being done to alleviate the remuneration disparities between service providers working in the community mental health sector vis-à-vis their institutional counterparts.**

7. **The Ministry of Health and Long-Term Care report to the Standing Committee to clarify how the Health-Based Allocation Model (HBAM) will redress the issue of historical-based funding in this sector which has led to regional disparities in program funding. The report should also indicate when the Ministry expects HBAM to be implemented as the primary basis for funding community mental health services across the province. Finally, the report should indicate whether the Ministry and the LHINs agree with the position of the Standing Committee, namely—that service agreements between the LHINs and all its provider agencies in this sector should be signed before funds begin to flow under the new HBAM funding formula.**

8. **The Ministry of Health and Long-Term Care in cooperation with the LHINs, should report to the Standing Committee indicating whether it has a satisfactory understanding of the specific services being provided by each of the approximately 330 service providers in the community mental health sector.**

9. **The Ministry of Health and Long-Term Care and the LHINs report to the Standing Committee indicating what resources or tools they need to assess the overwhelming demand for supportive housing in the community mental health sector. The report should also indicate what is being done to manage the demand, and whether the Ministry shares the Committee's view that when allocating new supportive housing, the Ministry should look at the LHINs with the greatest needs.**

10. **The Ministry of Health and Long-Term Care, in collaboration with the LHINs report to the Standing Committee indicating what major steps are involved in developing standards for all the community**

mental health programs that currently lack them. The report should also indicate the sequence of the steps and the associated time frames for each.

11. **The Ministry of Health and Long-Term Care in cooperation with the LHINs report to the Standing Committee indicating how they are working to ensure that service providers in the community mental health sector gather complete, useful, and accurate data. The report should also indicate whether the Ministry or the LHINs review this information and provide timely feedback to the providers on any concerns.**

12. **The Ministry of Health and Long-Term Care, in cooperation with the LHINs, report to the Standing Committee clarifying the current reporting relationships among the community mental health service providers, the LHINs, and the Ministry. The report should indicate how the reporting would meet the information needs of each without imposing a significant burden on service providers.**

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

SERVICES COMMUNAUTAIRES DE SANTÉ MENTALE

(Rapport annuel 2008 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.06)

2ème session, 39e législature
59 Elizabeth II

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada

Ontario. Assemblée législative. Comité permanent des comptes publics
Services communautaires de santé mentale (Rapport annuel 2008 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.06)

Texte en français et en anglais disposé tête-bêche.
Titre de la p. de t. additionnelle: Community mental health (Section 3.06, 2008 Annual report of the Auditor General of Ontario)
Également disponible sur l'Internet.
ISBN 978-1-4435-1621-1

1. Ontario. Ministère de la santé et des soins de longue durée – Audit. 2. Santé mentale. Services communautaires de—Ontario. I. Titre. II. Titre: Community mental health (Section 3.06, 2008 Annual report of the Auditor General of Ontario)

RA790.7.C2 O56 2009 353.6'4243909713 C2009-964058-9F

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

L'honorable Steve Peters
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et de le confier à l'Assemblée.

Le président du comité,

Norman W. Sterling

Queen's Park
Mai 2010

COMPOSITION DU

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

2ème session, 39e législature

NORMAN W. STERLING
Président

PETER SHURMAN
Vice-président

AILEEN CARROLL

FRANCE GÉLINAS

JERRY J. OUELLETTE

DAVID RAMSAY

LIZ SANDALS

MARIA VAN BOMMEL

DAVID ZIMMER

Katch Koch
Greffier du comité

Lorraine Luski
Recherchiste

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

LISTE DES CHANGEMENTS DANS LA COMPOSITION DU COMITÉ

LAURA ALBANESE a été remplacée par DAVID RAMSAY le 15 septembre 2009.

ERNIE HARDEMAN a été remplacé par TED ARNOTT le 15 septembre 2009.

TED ARNOTT a été remplacé par PETER SHURMAN le 24 Février 2010.

PHIL MCNEELY a été remplacé par AILEEN CARROL le 9 Mars 2010.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE D'ABRÉVIATIONS CHOISIES ii

INTRODUCTION 1

VUE D'ENSEMBLE 2
- Les RLISS assument la responsabilité des services communautaires de santé mentale 2
- Ententes de responsabilisation entre le Ministère et les RLISS 2
- Financement et dépenses 2
- Réorientation de la politique du Ministère en matière de services de santé mentale 3

OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION 4

QUESTIONS SOULEVÉES DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE COMITÉ 4
- Accès aux services 5
  - Listes d'attente et autres problèmes d'accès aux services communautaires de santé mentale 5
  - Coordination de l'accès aux services 6
- Financement 9
  - Écarts salariaux entre les secteurs communautaire et institutionnel 9
  - Financement antérieur et financement fondé sur les besoins 10
  - Nouvelle méthode de financement fondée sur la santé 11
- Logement 12
  - Pénuries de logements avec services de soutien 13
- Normes en matière de programmes 14
  - De nombreux programmes communautaires de santé mentale ne sont pas assujettis à des normes 14
- Mesure du rendement et rapports 16
  - Objectifs opérationnels et indicateurs de rendement du Ministère 16
- Surveillance et responsabilisation 17
  - Ententes de responsabilisation en matière de services et barèmes de rendement 18

LISTE RÉCAPITULATIVE DES RECOMMANDATIONS 20

LISTE D'ABRÉVIATIONS CHOISIES

GCI	Gestion de cas intensive
MMG	Maladie mentale grave
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
OTMC	Ordonnance de traitement en milieu communautaire
PISS	Plan d'intégration des services de santé
RLISS	Réseaux locaux d'intégration des services de santé
SCSM	Services communautaires de santé mentale
TCD	Traitement communautaire dynamique

INTRODUCTION

Selon le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le secteur des services communautaires de santé mentale est plus intégré, plus vaste et plus accessible que dans le passé, bien que son système de prestation soit plus articulé et plus complexe que dans d'autres secteurs des soins de santé. Il y a beaucoup plus de choix dans les traitements et services offerts aux clients, qui vont des soins actifs intensifs, à la gestion des médicaments, ainsi que les activités appuyées dans la collectivité telles que l'emploi et le logement. Le Comité estime néanmoins que les ressources affectées au secteur des services communautaires de santé mentale sont insuffisantes par rapport à ses besoins complexes; ce secteur a d'ailleurs été qualifié de « parent pauvre » du système de soins de santé. Le Ministère a déterminé que le système de soins de santé mentale devrait affecter 60 % de son budget aux services communautaires et 40 % aux services aux malades hospitalisés. Le vérificateur général (le vérificateur) indiquait néanmoins dans sa récente vérification que l'inverse était vrai. En effet, en 2006-2007, le Ministère a consacré environ 40 $ aux services communautaires pour chaque tranche de 60 $ consacrée aux services en établissement. Le vérificateur a fait remarquer qu'il n'y avait pas encore de système communautaire adéquat à l'appui des personnes atteintes d'une maladie mentale grave et le Ministère a pris note de son observation. Le gouvernement, le ministre et l'Assemblée législative partagent tous cette opinion.

En février 2009, le Comité permanent des comptes publics a tenu un après-midi d'audiences publiques sur les services communautaires de santé mentale[1]. Cette audience — qui portait sur un des thèmes abordés dans le *Rapport annuel 2008* du vérificateur général —, a attiré devant le Comité six fournisseurs de services communautaires de santé mentale, des représentants de trois réseaux locaux d'intégration des services de santé — du Centre, de Champlain et du Sud-Ouest — et des fonctionnaires du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (Pour une transcription des délibérations, voir le *Journal des débats* du Comité en date du 18 février 2009.) Ce rapport reprend l'essentiel des observations et des recommandations formulées par le vérificateur dans la section 3.06 de son *Rapport annuel 2008* et présente les constatations, opinions et recommandations du Comité.

Le Comité souscrit aux conclusions et recommandations du vérificateur et il remercie le vérificateur et son équipe pour avoir porté à son attention les problèmes importants qui affectent les services de santé mentale offerts dans toutes les collectivités de l'Ontario et au sein des RLISS.

---

[1] Durant ses audiences publiques du 18 février, le Comité a été informé que l'Assemblée législative était en train de former un Comité spécial de la santé mentale, qui est censé déposer un rapport sur ses constatations en 2010. Le mandat du Comité spécial est défini dans le *Journal des débats* à http://www.ontla.on.ca/web/comité-proceedings/comités_detail.do?locale=fr&detailPage=mandate&ID=7790

VUE D'ENSEMBLE

Les RLISS assument la responsabilité des services communautaires de santé mentale

La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* établissait 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) chargés d'assurer une gestion efficace et efficiente du système de santé à l'échelon local. Le 1er avril 2007, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) a fermé ses sept bureaux régionaux et en a transféré les responsabilités soit aux RLISS, soit à de nouveaux secteurs au sein du Ministère. Les fournisseurs de services communautaires de santé mentale (SCSM) ont alors commencé à rendre compte directement à leur RLISS respectif plutôt qu'au Ministère. Cependant, comme le Comité le fait remarquer plus loin dans ce rapport, une certaine confusion continue d'entourer la fonction d'établissement de rapports. Les RLISS ont assumé les responsabilités relatives à l'établissement des priorités, à la planification et au financement pour des services de santé choisis, dont les services communautaires de santé mentale.

Ententes de responsabilisation entre le Ministère et les RLISS

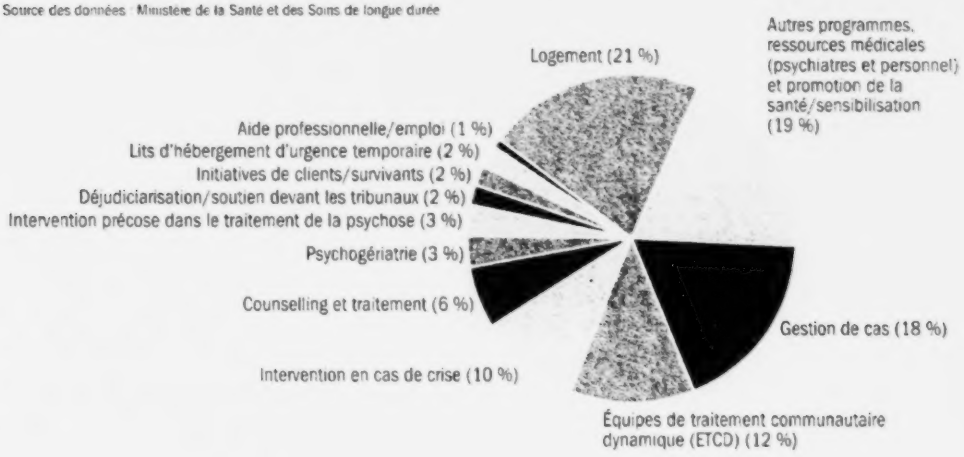
La relation entre le Ministère et chaque RLISS est régie par une entente de responsabilisation. Le Ministère verse des paiements de transfert aux RLISS qui, à leur tour, financent environ 330 fournisseurs de services communautaires chargés de la prestation des services de santé mentale.

Financement et dépenses

En 2007-2008, environ 647 millions de dollars au total ont été consacrés aux services communautaires de santé mentale (595 millions de dollars en 2006-2007), comparativement à 390 millions en 2001-2002, année de la dernière vérification du vérificateur. Les dépenses en matière de services communautaires de santé mentale pour 2006-2007 (%) se répartissent comme suit :

Éléments des dépenses en matière de services communautaires de santé mentale, 2006-2007 (%)

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée


Logement (21 %)
Autres programmes, ressources médicales (psychiatres et personnel) et promotion de la santé/sensibilisation (19 %)
Aide professionnelle/emploi (1 %)
Lits d'hébergement d'urgence temporaire (2 %)
Initiatives de clients/survivants (2 %)
Déjudiciarisation/soutien devant les tribunaux (2 %)
Intervention précose dans le traitement de la psychose (3 %)
Psychogériatrie (3 %)
Counselling et traitement (6 %)
Gestion de cas (18 %)
Intervention en cas de crise (10 %)
Équipes de traitement communautaire dynamique (ETCD) (12 %)

Réorientation de la politique du Ministère en matière de services de santé mentale

Le Ministère a commencé à financer les services communautaires de santé mentale en 1976, au moment où la politique ontarienne en matière de santé mentale est passée d'une politique axée sur les soins en établissement psychiatrique à une politique qui met davantage l'accent sur les soins dans la collectivité. Depuis 1998, le Ministère a cédé ses dix hôpitaux psychiatriques provinciaux (HPP) au réseau d'hôpitaux publics pour permettre la coordination et la prestation des services de santé mentale au niveau de la collectivité[2]. Les programmes communautaires de santé mentale traitent les personnes de 16 ans ou plus atteintes d'une maladie mentale grave (MMG), qui représentent environ 2,5 % de la population.

[2] Dans le cadre de la restructuration globale des hôpitaux et des services de santé à l'échelle de la province, la Commission de restructuration des services de santé (CRSS), un organisme autonome, a donné des conseils finals au ministre de la Santé sur neuf des dix HPP. La CRSS recommandait notamment de transférer la gestion et la gouvernance des HPP à différentes associations hospitalières publiques, existantes ou nouvelles. Dans le cas du dixième hôpital, le Centre de santé mentale de Penetanguishene (CSMP), la CRSS a conseillé seulement de le transférer à une association hospitalière publique sans spécifier d'hôpital d'accueil. Source : Direction des services juridiques, ministère de la Santé et des Soins de longue durée (28 septembre 2009). Le Centre de santé mentale de la rue Queen, qui a été le premier HPP cédé, a été transféré au Centre de toxicomanie et de santé mentale en 1998. Dix ans plus tard, le CSMP a été le dixième et dernier HPP cédé à une association hospitalière publique (qui exerce ses activités sous le même nom). Voir ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction des communications et de l'information, « Mental health centre divestment strengthens local governance and keeps with ministry's stewardship mandate » (La cession des centres de santé mentale renforce la gouvernance locale et cadre avec le mandat de gérance du Ministère), *New Directions* (27 octobre 2008), p. 1-2.

OBJECTIFS ET PORTÉE DE LA VÉRIFICATION

Le Comité était heureux d'avoir l'occasion d'examiner la première vérification du secteur des SCSM par le vérificateur général qui, dans le cadre de son mandat récemment élargi, peut maintenant jeter son regard sur les fournisseurs de services communautaires[3]. La vérification de 2008 visait à déterminer si le Ministère, en partenariat avec les RLISS et les fournisseurs de services communautaires, disposait des mécanismes voulus pour :

- répondre aux besoins en services de traitement des personnes qui ont des problèmes de santé mentale;
- surveiller les paiements et les services afin d'assurer la conformité aux lois, aux ententes et aux politiques;
- mesurer l'efficacité des programmes communautaires de santé mentale du partenariat et en rendre compte.

Bien que le personnel du vérificateur ait rencontré le personnel du Ministère et des groupes d'intervenants, la vérification portait essentiellement sur les trois RLISS (du Centre, de Champlain et du Sud-Ouest) et les six fournisseurs de SCSM, soit deux fournisseurs de chaque RLISS.

Dans ses vérifications de 2002 et 1997, le vérificateur déplorait le fait que la province n'indiquait pas clairement le niveau de services communautaires que les personnes souffrant d'une MMG pouvaient s'attendre à recevoir. La province ne disposait pas non plus d'une information suffisante pour déterminer si le niveau de soins offerts par les fournisseurs de services communautaires permettait aux clients de vivre une vie pleinement satisfaisante dans la collectivité.

QUESTIONS SOULEVÉES DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE COMITÉ

Dans sa vérification de 2008, le vérificateur faisait remarquer que le Ministère avait réalisé certains progrès, mais qu'il n'avait pas encore répondu de façon satisfaisante à beaucoup de ses préoccupations antérieures. Le Ministère a réussi à réduire le nombre de personnes atteintes de maladies mentales qui vivent dans des établissements, mais il reconnaissait que le succès ultime de cette stratégie dépendait de l'efficacité des systèmes de soutien communautaires. Le vérificateur concluait qu'au fil des ans, les organismes avaient acquis une liberté d'action considérable, qui a abouti à un patchwork de services à travers la province. Comme il est indiqué ci-après, plusieurs grandes questions ont été soulevées dans le cadre de la vérification et cernées par le Comité.

[3] Les vérifications antérieures du vérificateur, tenues en 1987, 1997 et 2002, ne s'étendaient pas aux fournisseurs de services communautaires.

Accès aux services

Dans *Franchir les étapes*, un document clé diffusé en 1999 qui énonçait sa politique en matière de services de santé mentale, le Ministère stipulait que toutes les personnes atteintes d'une MMG devraient avoir accès à des services de traitement, de réadaptation et de soutien.

Malgré les importants progrès réalisés dans les SCSM, il n'est pas toujours possible d'avoir accès à ces services en temps opportun partout dans la province. Tous les intervenants reconnaissent qu'il faut aller plus loin pour transformer les services de santé mentale en système de grande envergure axé sur la personne qui élimine les obstacles et qui est plus facile d'accès et de navigation. Mis à part les programmes de logements avec services de soutien, le temps d'attente pour les SCSM était en moyenne de 180 jours, allant de huit semaines à un an ou plus.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère améliore la coordination avec les RLISS et les autres ministères qui servent les personnes ayant des troubles mentaux. Les RLISS devaient aussi travailler, en collaboration avec les fournisseurs de services, à améliorer la fiabilité de l'information sur les listes et les temps d'attente et utiliser cette information pour déterminer les types et niveaux de service à prioriser.

Listes d'attente et autres problèmes d'accès aux services communautaires de santé mentale

Durant les audiences publiques, le Comité a appris que des membres du public avaient communiqué avec leurs députés locaux pour exprimer leurs préoccupations concernant le manque d'accès en temps opportun aux services de santé mentale offerts par des fournisseurs locaux. Les membres du Comité ont demandé au Ministère qui devait rendre compte de l'accès à ces services — le fournisseur, le RLISS ou le Ministère. Lors des discussions, le Ministère a indiqué que, comme le fournisseur avait signé une entente de services avec le RLISS, c'était lui qui devait rendre compte de l'accès aux services. Lorsqu'on a ajouté que le fournisseur avait souligné que ses ressources étaient limitées et qu'il avait dû établir une liste d'attente, il a été suggéré aux députés de faire part de leurs préoccupations au RLISS.

Le Comité permanent des comptes publics recommande que :

1. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en consultation avec les RLISS, présente un rapport au Comité permanent pour confirmer qu'il établit des seuils-repères provinciaux, par exemple en ce qui concerne les temps d'attente pour les services communautaires de santé mentale. Le rapport devrait indiquer les étapes et les délais associés à cette initiative. Enfin, le rapport devrait indiquer si la communication des temps d'attente cibles constituait désormais (ou constituera) un élément des ententes de responsabilisation en matière de services conclues entre les RLISS et les fournisseurs de services communautaires de santé mentale.**

Certains députés ont également attiré l'attention du Comité sur les difficultés éprouvées par leurs commettants qui cherchent à obtenir des services d'intervention d'urgence pour un parent ou un ami qui ne se rend pas compte qu'il souffre d'une MMG et qui pourrait constituer un danger pour lui-même ou pour d'autres. Ils ont cité de récents articles parus dans la presse sur ce sujet. Un de ces articles concernait un homme isolé qui était mort tout seul dans son appartement. Des membres du Comité ont fait valoir au Ministère que ces exemples, et d'autres cas fréquemment mentionnés dans la presse, pourraient justifier une modification aux lois ontariennes sur la santé mentale, afin de reconnaître la nécessité de protéger à la fois les personnes atteintes d'une MMG et la société.

Le dernier examen de cette question par l'Assemblée législative remonte à 2000, lorsque l'Assemblée a modifié la *Loi sur la santé mentale* de façon à permettre les ordonnances de traitement en milieu communautaire (OTMC)[4]. Le Ministère a dit que ni le public ni les fournisseurs de traitements n'avaient exercé de fortes pressions sur lui pour qu'il modifie cet aspect de la loi et que le cadre législatif en vigueur lui semblait donc approprié.

Le Comité permanent des comptes publics recommande que :

2. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent un rapport indiquant (i) si, à son avis, la *Loi sur la santé mentale* répond de façon adéquate aux besoins de ceux qui cherchent à obtenir des services appropriés pour des personnes atteintes d'une maladie mentale grave qui refusent de se faire traiter ou qui présentent un danger pour elles-mêmes et pour autrui; et (ii) si le Ministère tient des statistiques sur le manque de services appropriés dans de telles circonstances.**

Coordination de l'accès aux services

Dans *Franchir les étapes*, son document de politique publié en 1999, le gouvernement de l'Ontario indiquait que « l'accès aux services de santé mentale est parfois lent ou difficile ». C'est encore vrai dix ans plus tard. En 2008, le vérificateur a observé un manque de coordination et de collaboration officiels entre les principaux intervenants, soit les fournisseurs de SCSM, les ministères compétents et les RLISS. Une des principales raisons pour lesquelles les RLISS ont été créés était le manque de coordination et d'intégration des SCSM, qui préoccupait le Ministère. Pour de nombreuses personnes, il s'agissait essentiellement d'un système déroutant composé d'un grand nombre de fournisseurs de services et de points d'accès multiples.

Le vérificateur a recommandé au Ministère d'améliorer la coordination avec les RLISS et les autres ministères qui servent les personnes atteintes d'une maladie mentale. Il a également recommandé que le Ministère fournisse un soutien aux

[4] L'ordonnance de traitement en milieu communautaire permet à une personne atteinte d'une MMG d'obtenir un traitement ou des soins et une supervision en milieu communautaire au lieu d'être détenue dans un établissement psychiatrique. Pour en savoir plus sur les OTMC, voir Ontario, Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2008*, Toronto, le Bureau, décembre 2008, p. 223.

RLISS, particulièrement en ce qui concerne le transfert des connaissances et la disponibilité des données, pour que les RLISS puissent coordonner et superviser efficacement les fournisseurs de services. Il a ajouté que les fournisseurs compteraient sur le leadership et l'assistance des RLISS afin d'améliorer la coordination et la collaboration entre les fournisseurs de services de santé.

Durant les audiences publiques, le Comité a été informé des initiatives de coordination et de collaboration entre les ministères, dont la mise en commun des pratiques exemplaires. Le Ministère a indiqué qu'il existait une grande collaboration entre les ministères et entre les RLISS et les municipalités. Le Comité a entendu parler des initiatives lancées dans le domaine de la justice pénale par l'entremise du ministère du Procureur général et du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, qui portent sur des programmes de services psychiatriques médicolégaux et de déjudiciarisation. Dans un autre cas, le ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC) et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) collaborent à l'initiative des patients ayant des troubles jumelés — c'est-à-dire les personnes ayant une déficience mentale qui souffrent aussi d'une maladie mentale[5]. Une nouvelle directive générale conjointe a récemment été publiée afin de préciser les responsabilités respectives des deux ministères qui servent ces clients[6]. Le MSSC est le principal responsable, mais il est appuyé activement par le MSSLD par l'entremise des RLISS et des fournisseurs locaux.

Des membres du Comité ont posé des questions au sujet des clients les plus vulnérables du secteur, c'est-à-dire ceux qui souffrent d'une maladie mentale et qui vivent dans des maisons de refuge ou des foyers de groupe ou dans la rue et qui ont tendance à tomber entre les mailles du filet. Ils se demandaient comment ces clients pouvaient obtenir des services de santé mentale appropriés en temps opportun, étant donné la structure plutôt déroutante et les points d'accès multiples du système.

Une des témoins a fait remarquer que les personnes atteintes d'une MMG qui quittent une maison de refuge ou un foyer de groupe deviennent souvent la responsabilité des travailleurs des services d'urgence (policiers, ambulanciers, salles d'urgence des hôpitaux locaux). Elle a d'ailleurs cité une statistique intéressante : que la police municipale de London répondait à deux fois plus d'appels pour des personnes ayant des problèmes de santé mentale que pour des

---

[5] D'après la National Association for the Dually Diagnosed (NADD), 30 % des personnes qui ont une déficience développementale ont aussi des troubles de santé mentale. Si l'on utilise ce pourcentage (30 %), il y aurait environ 37 620 patients ayant des troubles jumelés en Ontario.

[6] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et ministère des Services sociaux et communautaires (MSSC), *Directive stratégique conjointe pour la prestation de services communautaires de santé mentale et de soutien aux adultes ayant une déficience intellectuelle et des troubles jumelés* (décembre 2008). Site Web (http://www.health.gov.on.ca/french/providersf/pubf/mentalf/joint_policy_guidelinef.pdf) consulté en janvier 2009. Les services aux adultes de 18 ans et plus qui ont des troubles jumelés sont une responsabilité partagée par les deux ministères. Les jeunes de 16 et 17 ans qui ont des troubles jumelés sont pris en charge par le MSSLD, le MSSC et le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse (MSEJ), qui est responsable des services de développement et de santé mentale aux enfants et aux jeunes de moins de 18 ans.

accidents de voiture avec blessures. À son avis, pour corriger cette situation, tous les ministères concernés doivent unir leurs efforts au niveau bureaucratique pour trouver des moyens d'éloigner ces clients des salles d'urgence des hôpitaux et du système de justice pénale et de les diriger plutôt vers des SCSM qui répondent à leurs besoins.

Selon d'autres témoins, ces situations nécessitent le renforcement de la gestion de cas intensive ainsi que la collaboration et coopération des multiples fournisseurs et intervenants. Ces témoins ont souligné que le système de soins de santé de l'Ontario avait tendance à donner de mauvais résultats en cas de transition d'un fournisseur à un autre, et que ce problème n'était pas spécifique aux services de santé mentale. Les RLISS reconnaissent les lacunes du système et voudraient mobiliser les intervenants en vue de la mise en place d'un système global axé sur les patients — afin d'assurer une transition sans heurt des patients entre les fournisseurs.

Certains membres du Comité ont laissé entendre que les professionnels de la santé du secteur des SCSM et des établissements de soins de longue durée pourraient former des partenariats de travail pour aider à enseigner au personnel des foyers comment assurer une gestion plus efficace des résidents qui souffrent de démence. Le Comité a appris que, dans un des RLISS, un psychiatre bien connu avait commencé à sensibiliser le personnel aux besoins de ces résidents. Le Ministère a reconnu la nécessité de former et d'éduquer le personnel, mais il lui semblait plus important de répondre aux besoins des résidents dans les foyers mêmes plutôt que d'essayer de créer des mécanismes de renvoi vers les fournisseurs de services psychiatriques à l'extérieur des foyers.

Le Comité permanent des comptes publics recommande que :

3. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en consultation avec le ministère des Services sociaux et communautaires, présente au Comité permanent un rapport d'étape sur la nouvelle directive stratégique conjointe pour la prestation des services de santé mentale et de soutien aux adultes ayant des troubles jumelés. Le Comité veut particulièrement savoir :**

   - **dans quelle mesure la nouvelle directive aide les fournisseurs sur le terrain à servir les personnes ayant une déficience développementale qui ont aussi des problèmes de santé mentale;**
   - **si le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère des Services sociaux et communautaires connaissent bien leurs responsabilités respectives et réussissent à coordonner les services à ces personnes;**
   - **quand les deux ministères évalueront l'efficacité des lignes directrices conjointes.**

4. **Les RLISS présentent au Comité permanent un rapport expliquant comment ils prévoient intégrer les services de santé mentale. Ce rapport doit préciser les modalités des transitions entre tous les intervenants du système; indiquer si les RLISS ont envisagé d'établir un point d'accès unique; et, le cas échéant, estimer le calendrier d'exécution.**

5. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée consulte le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels (MSCSC) et soumette au Comité permanent un rapport précisant :**

   - **si le MSCSC recueille des statistiques auprès des services locaux de police (incluant la Police provinciale de l'Ontario) qui suivent les tendances associées aux interactions entre la police et les personnes souffrant d'une maladie mentale en situation de crise;**
   - **le genre de formation disponible pour aider la police à interagir de façon compétente et professionnelle dans toutes les situations mettant en cause des personnes souffrant d'une maladie mentale grave dans la collectivité.**

Financement

Entre 2003-2004 et 2007-2008, les dépenses liées aux services communautaires de santé mentale sont passées de 409 à 647 millions de dollars. Cette augmentation de 58 % découlait de l'accord quadriennal conclu avec le gouvernement fédéral, qui prévoyait l'affectation de 117 millions de dollars, et de l'entente biennale d'amélioration des services conclue avec le gouvernement provincial, qui injectait 50 millions de dollars. Les fonds prévus par l'accord élargissaient les services dans les domaines de l'intervention en cas de crise, de la gestion de cas intensive, de l'intervention précoce dans le traitement de la psychose et des équipes de traitement communautaire dynamique (ETCD). Les sommes investies dans l'amélioration des services sont censées éviter que les personnes atteintes d'une MMG ne se retrouvent dans le système de justice pénale et le système correctionnel.

Bien que les nouveaux investissements aient bénéficié certains fournisseurs de SCSM, la majorité d'entre eux n'ont reçu aucuns fonds additionnels outre une augmentation annuelle de 1,5 % ces dernières années.

Le vérificateur a recommandé que les RLISS, en consultation avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, mettent en place la capacité et les ressources communautaires nécessaires pour servir les personnes atteintes d'une MMG qui obtiennent leur congé d'un établissement.

Écarts salariaux entre les secteurs communautaire et institutionnel

Durant les audiences publiques, des membres du Comité se sont penchés sur les différences de salaire entre les fournisseurs de services de santé mentale qui

travaillent dans la collectivité et ceux qui travaillent dans des hôpitaux. D'après un témoin, l'écart salarial entre les membres du personnel infirmier qui travaillent dans la collectivité et ceux qui travaillent dans des hôpitaux se situerait entre 10 % et 15 % (sans les avantages sociaux). Lorsque les avantages sociaux sont pris en compte, l'écart est encore plus grand. Le sous-financement entraîne des problèmes : difficulté de recruter et de retenir le personnel basé dans la collectivité, taux élevé de roulement des employés, réduction du niveau de service et du nombre de cas traités, et moins de continuité dans la gestion des cas. Le témoin travaille pour un organisme dont le financement a augmenté de 1,5 % par rapport à l'exercice précédent — alors que la convention collective prévoyait une hausse de 3,25 %. Pour équilibrer le budget, les organismes sous-financés doivent réduire le nombre d'employés et les niveaux de service à la clientèle.

Le Comité permanent des comptes publics recommande que :

6. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les RLISS présentent au Comité permanent un rapport indiquant les mesures prises pour rétrécir les écarts de rémunération entre les fournisseurs des services de santé mentale qui travaillent dans la collectivité et ceux qui travaillent en établissement.**

Financement antérieur et financement fondé sur les besoins

Selon le rapport fédéral intitulé *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de santé mentale*, l'allocation des ressources est plus efficace et plus équitable quand elle est fondée sur les besoins réels plutôt que sur les niveaux de financement antérieurs. Le financement fondé sur les besoins achemine les ressources là où l'on en a le plus besoin, indépendamment des relations antérieures avec les fournisseurs de services et de l'utilisation faite des fonds par le passé.

Le vérificateur a constaté que le financement moyen par personne des SCSM pour l'ensemble de la province se situait à environ 42 $. Cette pratique a entraîné entre les régions des différences considérables du financement moyen par personne, dont le montant peut varier entre 115 $ et 19 $ selon le lieu de résidence dans la province. Ces moyennes régionales très variables ne reflètent pas nécessairement les besoins actuels en santé mentale.

Notant que les personnes ayant des besoins semblables devraient recevoir un niveau semblable de soutien et de services communautaires, le vérificateur a recommandé que le Ministère et les RLISS recueillent des données complètes et établissent des estimations des coûts pour examiner les différences régionales au chapitre des caractéristiques de la population, des besoins et des risques en matière de santé, de manière à ce que le financement accordé corresponde à la demande de services et à la valeur de ces services.

Durant les audiences, des membres du Comité ont demandé au Ministère si, au moment de transférer la responsabilité des SCSM aux RLISS, le Ministère comptait uniformiser les règles du jeu et transférer les services et les ressources

aux RLISS de manière à respecter le principe de l'équité et de l'uniformité des niveaux de service et des soutiens.

Le Ministère a répondu qu'aucun ajustement de ce genre n'avait été apporté au moment du transfert; il s'est contenté de transférer les ententes existantes avec ses organismes aux RLISS. Dans l'avenir, les RLISS détermineront les lacunes ou les besoins à combler et les fonds requis dans les futurs cycles budgétaires.

D'après certains membres du Comité, les fonds affectés aux organismes devraient être rendus publics afin d'attirer l'attention sur les régions de la province qui pourraient être surfinancées ou sous-financés par rapport à leurs besoins. Les députés étaient d'avis qu'il faudrait allouer plus de ressources aux RLISS qui doivent traiter un plus grand nombre de cas de santé mentale, car leurs besoins sont plus grands.

Nouvelle méthode de financement fondée sur la santé

Le Ministère est en train d'étudier un nouveau modèle de financement et outil de gestion des soins de santé en Ontario, appelé Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS), selon lequel le financement serait fonction d'une évaluation de l'état de santé de la population locale et d'autres facteurs démographiques. Le MAS sera également appliqué au secteur des SCSM. Le rythme d'élaboration du modèle dépendra de facteurs tels que la disponibilité et la qualité des données. Le Ministère estimait que la mise en œuvre du MAS pour les SCSM prendrait 24 mois, ce qui semblait excessif à certains membres du Comité.

Le Ministère a expliqué que le nouveau modèle de financement exigeait des données sur la population et que, dans certains cas, ces données étaient incomplètes ou peu fiables. Une fois qu'il aura comblé ces lacunes, le Ministère mettra le modèle à l'épreuve pour s'assurer qu'il s'agit bien d'un moyen équitable et exact d'affecter les fonds.

Le Ministère a exprimé des préoccupations concernant la fiabilité des renseignements fournis par un grand nombre d'agents — dont 330 organismes communautaires de services de santé et plusieurs hôpitaux publics. Il doit aussi relever le défi de s'assurer que le modèle de financement fonctionne bien. En attendant la mise en place du nouveau modèle de financement, le Ministère continuera d'affecter des ressources aux fournisseurs de SCSM par l'entremise des RLISS.

L'affectation de fonds aux fournisseurs de SCSM, dont le nombre s'élève à 330 ou plus, soulève certaines questions clés. Des membres se sont demandé si les RLISS et le Ministère connaissaient bien tous ces organismes disparates, dont certains jouissent d'une autonomie considérable. Ils se demandaient aussi ce qu'on savait au sujet des fournisseurs. Y a-t-il des informations disponibles sur leurs services?

Les services sont-ils fournis et sont-ils efficaces? Les organismes offrent-ils à la province des services en accord avec le financement reçu[7]?

Le Comité permanent des comptes publics recommande que :

7. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent un rapport expliquant comment le Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS) corrigera le problème du financement fondé sur les niveaux antérieurs, qui a entraîné des disparités régionales dans le financement des programmes. Le rapport doit également indiquer quand le Ministère peut s'attendre à ce que le MAS devienne la principale méthode de financement des SCSM dans la province. Enfin, le rapport doit indiquer si le Ministère et les RLISS souscrivent à la position du Comité permanent, à savoir que les ententes de service entre les RLISS et les fournisseurs de ce secteur devraient être signées avant que les fonds ne soient versés en vertu du MAS.**

8. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, présente au Comité permanent un rapport indiquant s'il comprend bien les services précis fournis par chacun des quelque 330 fournisseurs de services communautaires de santé mentale.**

Logement

Beaucoup de personnes qui souffrent d'une MMG sont sans abri. En moyenne, de 30 % à 35 % des sans-abri ont des problèmes de santé mentale. Le logement, un déterminant clé de la santé, joue un rôle crucial dans tout système efficace de SCSM. Les clients atteints d'une maladie mentale qui peuvent choisir leur logement sont plus susceptibles de voir leur bien-être s'améliorer. Le logement avec services de soutien offre des mesures de soutien personnalisées, souples et axées sur la réadaptation en vue d'aider les clients à améliorer leur capacité de vivre dans la collectivité et d'accroître au maximum leur autonomie.

Le Ministère reste la seule source de financement provinciale tant pour le volet *services de soutien* que pour le volet *logement* du logement avec services de soutien. Au moment de la vérification, environ 8 000 logements avec services de soutien en santé mentale, gérés par 86 fournisseurs, étaient disponibles en Ontario. Sur ce nombre, environ 3 300 étaient des logements « spécialisés »

---

[7] Les membres du Comité permanent ont entendu des témoignages sur un sujet semblable durant les audiences tenues sur les services de santé mentale aux enfants et aux jeunes (section 3.04 du *Rapport annuel 2008* du vérificateur général). Un des témoins qui ont comparu à ces audiences a souligné qu'une centaine d'organismes formaient l'épine dorsale du système ontarien de services communautaires de santé mentale pour enfants. Il a qualifié ces organismes de centre d'expertise clinique et de recherche sur la prestation des services de santé mentale aux enfants et aux jeunes. Bien qu'environ 440 organismes bénéficiaires de paiements de transfert participent à ce programme, le témoin a été incapable d'identifier environ 300 d'entre elles. Voir Ontario, Assemblée législative, Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, 39e législature, 1re session, 29 avril 2009, p. 346-347.

achetés par les fournisseurs avec des fonds publics et exploités par des fournisseurs sans but lucratif, et 4 600 étaient des logements avec « supplément au loyer » loués par les fournisseurs auprès de propriétaires du secteur privé. Le Ministère verse un supplément au fournisseur pour couvrir une partie du coût du loyer mensuel des clients.

Pénuries de logements avec services de soutien

On relève un manque criant de logements avec services de soutien en Ontario, les délais d'attente allant d'un à six ans. Ces logements sont répartis de façon inégale dans la province. Un RLISS en comptait 20 par tranche de 100 000 personnes, alors qu'un autre en comptait 273 pour la même population. Par ailleurs, la région du grand Toronto (RGT) affichait des taux d'inoccupation pouvant atteindre 26 %, tandis que d'autres régions connaissaient de graves pénuries.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère et les RLISS s'attaquent à plusieurs problèmes associés au logement avec services de soutien. Ils devraient commencer par améliorer la collecte des données et la surveillance du système pour pouvoir déterminer le nombre et le type de logements requis, les régions où il y a pénurie importante de logements avec services de soutien, les besoins non comblés ainsi que les taux d'occupation ou d'inoccupation. Ils devraient aussi déterminer si les soins fournis aux clients qui habitent ces logements sont adéquats et appropriés, en plus de veiller à ce que le financement en capital unique soit dépensé en temps opportun et de façon judicieuse.

Durant les audiences publiques, un des témoins a déclaré que le système de SCSM avait un besoin criant de logements avec services de soutien abordables et sûrs. Beaucoup de personnes atteintes d'une MMG passent de longues périodes dans des maisons de refuge, des prisons ou des hôpitaux de soins actifs. Le témoin a souligné que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée avait investi beaucoup d'argent dans ce domaine, mais que le secteur restait sous-financé dans une proportion dépassant 100 %. La demande actuelle est forte et dépasse largement l'offre.

Le Ministère a informé le Comité qu'au cours des quatre dernières années, la province avait ajouté 2 250 nouveaux logements avec services de soutien et réparti un budget d'environ 36,5 millions de dollars entre 14 RLISS. Le Ministère est responsable d'environ 12 500 lits. De ce nombre, environ 8 500 sont occupés par des personnes souffrant d'une maladie mentale. Le Ministère exploite également près d'un millier d'établissements avec lits de soins spéciaux. Il prévoit d'ajouter 1 000 lits avec services de soutien d'ici deux ans.

Plusieurs témoins ont mis l'accent sur le volet *soutien* des logements avec services de soutien. Ils considéraient ces logements comme un investissement clé qui aide dans une grande mesure à atténuer les problèmes graves et persistants des sans-abri atteints d'une maladie mentale. À leur avis, les services de logement ne seront efficaces que si un soutien continu en santé mentale est offert.

Le Comité permanent des comptes publics recommande que :

9. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les RLISS présentent au Comité permanent un rapport indiquant les ressources ou outils dont ils auront besoin pour évaluer la très forte demande de logement avec services de soutien dans le secteur des services communautaires de santé mentale. Le rapport devrait aussi indiquer les mesures prises pour gérer la demande, et si le Ministère convient avec le Comité qu'il devrait attribuer les nouveaux logements avec services de soutien aux RLISS qui ont les plus grands besoins.**

Normes applicables aux programmes

De nombreux programmes communautaires de santé mentale ne sont pas assujettis à des normes

Étant donné qu'un nombre croissant de personnes reçoivent des services de santé mentale dans la collectivité, il importe de mettre en place des normes mesurables et significatives pour s'assurer que les programmes répondent aux besoins des clients. Sans ces normes et critères, notamment en ce qui concerne les qualifications du personnel et les ratios personnel/clients, il est difficile de déterminer si les personnes atteintes d'une MMG reçoivent le niveau et la qualité de services dont elles ont besoin.

En 2008, comme en 2002, le vérificateur a constaté que le Ministère n'avait pas encore établi de normes définissant les services et la qualité acceptables pour la plupart des programmes financés de SCSM. Par exemple, trois programmes — les lits d'hébergement d'urgence temporaire, les ordonnances de traitement en milieu communautaire et le programme d'intervention précoce en psychose — qui ont servi environ 10 000 clients ontariens en 2006-2007, n'ont pas de normes provinciales à respecter.

Le Ministère a établi des normes provinciales pour les équipes de TCD, la gestion de cas intensive et l'intervention en cas de crise, mais le vérificateur a constaté que ni le Ministère ni les RLISS ne vérifiaient si les niveaux de service respectaient les normes. Certains fournisseurs de services ont dit qu'aucun membre du personnel du Ministère ou d'un RLISS n'avait communiqué avec eux au cours des cinq dernières années. Les équipes de TCD étaient assujetties à des normes, mais le nombre moyen de cas traités était inférieur à l'objectif. De plus, étant donné l'exactitude et la fiabilité douteuses des données des équipes, il était difficile de mesurer le rendement de chaque équipe par rapport aux normes.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère et les RLISS établissent des normes provinciales, des critères de rendement et des indicateurs de résultats pour les programmes les plus cruciaux afin de pouvoir évaluer la qualité et le coût des services. Le Ministère et les RLISS devraient aussi améliorer la collecte et la communication des données afin de recueillir une information pertinente, exacte et uniforme à l'échelle de la province aux fins de la surveillance du rendement.

Durant les audiences, le Ministère a fait remarqué que ses rôles et responsabilités globales incluaient l'établissement des normes applicables aux politiques et aux programmes provinciaux. Le Comité a demandé au Ministère quelles normes provinciales il s'attendait à ce que les RLISS utilisent lorsque la responsabilité du secteur des SCSM leur était transférée. Le Ministère a répondu que l'élaboration de normes provinciales dans ce secteur se poursuivait en raison de différents facteurs identifiés ailleurs dans le rapport du vérificateur, dont les nuances et la complexité du système de prestation des SCSM ainsi que les problèmes associés à la collecte, la qualité et la communication des données, dont le manque d'automatisation de certains petits fournisseurs. Le Ministère reconnaît que l'établissement des normes applicables aux politiques et aux programmes provinciaux constitue un défi de taille pour le Ministère, les RLISS et les fournisseurs de services, mais qu'il y a effectivement du travail à faire dans ce domaine.

Le Comité a posé des questions aux témoins sur le rendement et la surveillance des équipes de TCD, qui est un des seuls programmes de SCSM assujettis à des normes provinciales[8]. Le Comité a appris que les équipes étaient exigeantes en ressources mais qu'elles aidaient les clients à demeurer dans leurs collectivités au lieu d'aller dans des hôpitaux. Les équipes avaient une bonne réputation mais les temps d'attente allaient souvent de huit mois à un an. L'augmentation des fonds affectés aux SCSM ces dernières années a permis de constituer 20 équipes de TCD de plus en Ontario.

Le Comité a souligné que, dans son rapport de 2008, le vérificateur indiquait que le nombre moyen de cas des équipes de TCD était de 63, ce qui est bien inférieur à l'objectif de 80 à 100 clients par équipe. Le Ministère a répondu que certaines équipes n'atteignaient pas encore l'objectif parce qu'elles étaient nouvelles. Il a promis non seulement de relever les niveaux de rendement des équipes, mais aussi d'améliorer l'exactitude et la fiabilité de l'information communiquée par les équipes, comme le recommandait le vérificateur.

Le Comité est d'avis qu'en réglant le problème du manque de normes applicables à plusieurs programmes communautaires de santé mentale, le Ministère se trouvera à combler d'autres lacunes dans ce secteur.

Le Comité permanent des comptes publics recommande que :

---

[8] Les équipes de traitement communautaire dynamique (TCD) constituent une solution de rechange à l'hospitalisation des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Elles fournissent un soutien continu, personnalisé et intensif dans le but d'aider les clients à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour vivre dans la collectivité. Chaque équipe multidisciplinaire fournit un éventail complet de services à une clientèle de 80 à 100 personnes. Chaque équipe se compose d'un personnel clinique de 9 à 12 membres, dont un psychiatre, des infirmières et infirmiers, un adjoint de programme et un coordonnateur d'équipe. Les services sont offerts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Ontario, Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2008*, Toronto, le Bureau, décembre 2008, p. 221.

10. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, présente au Comité permanent un rapport indiquant les grandes mesures à prendre pour élaborer des normes à appliquer aux programmes communautaires de santé mentale qui n'en ont pas pour le moment. Le rapport devrait aussi préciser l'ordre des étapes et les délais associés à chacune.

Mesure du rendement et rapports

Dans *Franchir les étapes*, son document de politique publié en 1999, le Ministère expliquait qu'un des buts de la réforme du système de santé mentale était d'établir « un partage bien clair des responsabilités en matière de gestion du système et de prestation des services par la définition d'objectifs opérationnels et de mesures du rendement explicites ». Les indicateurs de rendement, qui sont des mesures quantifiables, reflètent les facteurs essentiels au succès d'un programme ou service, offrant un moyen utile de mesurer les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs et d'en rendre compte.

Objectifs opérationnels et indicateurs de rendement du Ministère

Dans son rapport *Franchir les étapes*, le Ministère confirmait la nécessité d'élaborer des objectifs opérationnels et des indicateurs de rendement. En 2007, le Ministère a présenté son plan stratégique pour la santé mentale et son tableau de bord du système de santé mentale. C'est un pas dans la bonne direction, mais le Ministère et les RLISS ne disposent pas encore d'une information suffisante pour évaluer le caractère adéquat des soins communautaires reçus par les personnes atteintes d'une MMG[9]. Le Ministère n'a pas encore établi de cibles ou de critères mesurables et significatifs pour chacun des indicateurs jugés prêts à être pleinement mis en œuvre, alors que le vérificateur avait déjà souligné ce besoin dans ses rapports annuels de 1997 et 2002. Le Ministère reconnaît que le manque de critères l'empêche de mesurer et de comparer le rendement des fournisseurs de services.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère mène à bien la mise en œuvre de son ensemble exhaustif d'indicateurs du rendement et établisse des objectifs ou des critères qui lui permettront, à lui et aux RLISS, d'évaluer adéquatement le rendement des fournisseurs de services. Le Ministère devrait améliorer les systèmes d'information de manière à pouvoir recueillir les données complètes, exactes et utiles dont il a besoin pour prendre des décisions et déterminer l'efficacité des services. Le vérificateur a également recommandé que le Ministère présente des rapports publics périodiques sur les indicateurs de rendement du secteur des SCSM.

---

[9] Les objectifs du plan stratégique pour la santé mentale sont liés aux 29 indicateurs du tableau de bord du système de santé mentale afin de permettre au Ministère de déterminer ce qu'il doit faire pour améliorer le rendement, obtenir les résultats souhaités et renforcer la responsabilisation. Environ la moitié des indicateurs ne sont pas encore prêts à être mis en œuvre en raison du manque de sources de données ou des problèmes de mesure du rendement. Voir le *Rapport annuel 2008* du vérificateur général, p. 225.

Durant les audiences publiques, le Ministère a parlé de son engagement à recueillir de l'information sur les services et les clients de ce secteur. Au cours des cinq dernières années, il a investi des ressources et des fonds dans la mise en œuvre du Système d'information de gestion (SIG) et du fichier de données communes sur la santé mentale (FDCSM). Le Ministère a mis à l'essai avec succès et envisage de mettre en œuvre l'outil commun d'évaluation de la santé mentale communautaire, qui aidera les fournisseurs de toute la province à mieux comprendre les besoins des clients et à y répondre. Dans son rapport annuel, le vérificateur notait que 80 % à 90 % des fournisseurs de services se conformaient aux exigences établies en matière de communication de données, mais qu'il fallait faire de plus grands efforts dans ce domaine.

Le Ministère reconnaît que les fournisseurs de services doivent améliorer la qualité de leurs données, et il s'emploie avec les RLISS à déterminer la meilleure façon d'aider les fournisseurs à gérer cet aspect de leurs opérations.

La question de la collecte, la qualité et la communication des données revenait fréquemment durant les audiences publiques et les discussions du Comité sur la plupart des sujets abordés, soit l'accès aux SCSM, le financement, le logement avec services de soutien et les normes applicables aux programmes provinciaux. On a également laissé entendre que les problèmes associés aux données étaient exacerbés par le fait que le personnel du Ministère ou des RLISS ne surveillait pas les fournisseurs de services, qui manquaient parfois d'expertise, de ressources, de clarté et de soutien, et qu'il ne leur fournissait pas une rétroaction en temps opportun. Le Comité est d'avis que la question des données est essentielle pour les SCSM, car seules des données complètes, exactes et pertinentes peuvent servir à mesurer l'efficacité des services dans ce secteur et à en rendre compte.

Le Comité n'a pas l'intention d'imposer des exigences indues en matière de rapports aux petits fournisseurs de SCSM. Mais il reconnaît également que les RLISS et le Ministère doivent obtenir des renseignements auprès de ces organismes à des fins décisionnelles.

Le Comité permanent des comptes publics recommande que :

11. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, présente au Comité permanent un rapport indiquant les mesures prises pour s'assurer que les fournisseurs de services communautaires de santé mentale recueillent des données complètes, utiles et exactes. Le rapport devrait aussi préciser si le Ministère ou les RLISS examinent cette information et font part de leurs préoccupations aux fournisseurs en temps opportun.**

Surveillance et responsabilisation

À titre d'organismes de la Couronne, les RLISS sont chargés de gérer les fournisseurs de services du système de santé local pour le compte du Ministère. Il est donc crucial que le Ministère dispose de mécanismes de surveillance adéquats. En fin de compte, tous les partenaires du système – le Ministère, les RLISS et les

fournisseurs de SCSM – doivent rendre compte à la population ontarienne des mesures prises pour répondre aux besoins des personnes atteintes d'une maladie mentale.

Ententes de responsabilisation en matière de services et barèmes de rendement

La principale méthode employée pour responsabiliser les fournisseurs est de leur faire signer une entente en matière de services qui stipule les rapports à produire et les résultats précis et mesurables à obtenir. Les ententes actuelles entre le Ministère et les fournisseurs de services seront maintenues jusqu'à ce que les RLISS négocient de nouvelles ententes avec leurs fournisseurs. De nouvelles ententes dans ce secteur ont été négociées en 2008-2009 et sont entrées en vigueur le 1er avril 2009. Ces nouvelles ententes doivent comprendre des barèmes de rendement qui permettront aux RLISS de mesurer le rendement des fournisseurs de services par rapport aux attentes. Cependant, les ententes n'avaient pas encore été finalisées au moment de la vérification.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère établisse des mécanismes d'assurance de la conformité pour surveiller le respect des priorités établies par les RLISS et fournir à ces derniers une rétroaction sur les améliorations à apporter à leurs activités. Il a également recommandé que les RLISS, en collaboration avec le Ministère, élaborent des lignes directrices sur la surveillance des fournisseurs de services.

Durant les audiences publiques, le Ministère et les RLISS ont clarifié leurs rapports de responsabilisation entre eux et avec les fournisseurs de services. Le Ministère a conclu des ententes de responsabilisation avec chacun des 14 RLISS. Les ententes de responsabilisation RLISS-Ministère énoncent les attentes du gouvernement et spécifient un niveau de transfert des dépenses aux RLISS pour les SCSM ainsi qu'un ensemble de directives opérationnelles.

Les RLISS sont chargés de planifier, de financer, d'intégrer et d'assurer la surveillance des fournisseurs de SCSM. Le Ministère travaille en étroite collaboration avec les RLISS pour cerner et corriger les lacunes en matière de service. Lorsque le Ministère a transféré la responsabilité des SCSM aux RLISS en avril 2007, les ententes de services qui existaient entre le Ministère et les fournisseurs de services ont été transférées aux RLISS, qui ont alors assumé la responsabilité de négocier les nouvelles ententes avec les fournisseurs de services. Le Comité a appris que les RLISS étaient en train d'établir de nouvelles ententes de responsabilisation avec plus de 300 fournisseurs de SCSM à l'aide d'un gabarit commun. Les RLISS s'attendaient à ce que toutes les ententes soient signées avant le 31 mars 2009, à temps pour le début du prochain exercice.

Avant l'établissement des RLISS, les fournisseurs de SCSM « faisaient rapport » aux sept bureaux régionaux du Ministère. Durant les audiences, le Ministère a indiqué que, depuis l'établissement des RLISS, les fournisseurs de services continuent de rendre compte au Ministère qui, à son tour, transmet l'information

aux RLISS. Ceci permet d'éviter les « rapports en double », selon le Ministère[10]. Les RLISS exercent toutefois une certaine influence sur les fournisseurs de services au moment de déterminer les nouvelles exigences en matière de rapports. Le Ministère et/ou les RLISS définiraient alors ces exigences en ajustant les ententes de responsabilisation entre les RLISS et les fournisseurs de services.

Lorsqu'on lui a demandé de décrire ses rapports hiérarchiques avec les fournisseurs de SCSM et les RLISS, le Ministère a expliqué que les fournisseurs de services rendaient compte au Ministère plutôt qu'aux RLISS. Cette relation semble contredire les observations préliminaires du sous-ministre, selon qui « les organismes communautaires de santé mentale font aujourd'hui rapport par l'entremise des RLISS »[11]. Le Comité a demandé des éclaircissements au Ministère.

Le Comité permanent des comptes publics recommande que :

12. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, présente au Comité permanent un rapport clarifiant les rapports hiérarchiques existants entre les fournisseurs de services communautaires de santé mentale, les RLISS et le Ministère. Le rapport doit indiquer comment les rapports répondraient aux besoins en information de chaque partie sans imposer de fardeau indu aux fournisseurs de services.

[10] En réponse à un membre du Comité qui lui demandait si les RLISS allaient recueillir des données auprès des organismes, le sous-ministre a déclaré : « [Les RLISS] ne les recueillent pas directement. Dans tous les rapports que nous avons publiés depuis l'établissement des RLISS, nous avons essayé de ne pas établir de systèmes de rapports en double. Ainsi, dans le cas des rapports provinciaux et des nouvelles exigences en matière d'information, nous continuons de nous fier aux rapports soumis par les organismes par la voie des filières normales du Ministère. Le Ministère transmet ensuite l'information aux RLISS, au lieu de créer des processus de rapports en double. » Voir Ontario, Assemblée législative, Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, 39e législature, 1re session, 18 février 2009, p. 227.

[11] Ibid.

LISTE RÉCAPITULATIVE DES RECOMMANDATIONS

Le Comité demande que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée remette au greffier du Comité une réponse écrite aux recommandations suivantes dans un délai de 120 jours civils suivant le dépôt du présent rapport au président de l'Assemblée législative.

1. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en consultation avec les RLISS, présente un rapport au Comité permanent pour confirmer qu'il établit des seuils-repères provinciaux, par exemple en ce qui concerne les temps d'attente pour les services communautaires de santé mentale. Le rapport devrait indiquer les étapes et les délais associés à cette initiative. Enfin, le rapport devrait indiquer si la communication des temps d'attente cibles constituait désormais (ou constituera) un élément des ententes de responsabilisation en matière de services conclues entre les RLISS et les fournisseurs de services communautaires de santé mentale.**

2. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent un rapport indiquant (i) si, à son avis, la *Loi sur la santé mentale* répond de façon adéquate aux besoins de ceux qui cherchent à obtenir des services appropriés pour des personnes atteintes d'une maladie mentale grave qui refusent de se faire traiter ou qui présentent un danger pour elles-mêmes et pour autrui; et (ii) si le Ministère tient des statistiques sur le manque de services appropriés dans de telles circonstances.**

3. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en consultation avec le ministère des Services sociaux et communautaires, présente au Comité permanent un rapport d'étape sur la nouvelle directive stratégique conjointe pour la prestation des services de santé mentale et de soutien aux adultes ayant des troubles jumelés. Le Comité veut particulièrement savoir :**

   - **dans quelle mesure la nouvelle directive aide les fournisseurs sur le terrain à servir les personnes ayant une déficience développementale qui ont aussi des problèmes de santé mentale;**
   - **si le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le ministère des Services sociaux et communautaires connaissent bien leurs responsabilités respectives et réussissent à coordonner les services à ces personnes;**
   - **quand les deux ministères évalueront l'efficacité des lignes directrices conjointes.**

4. **Les RLISS présentent au Comité permanent un rapport expliquant comment ils prévoient intégrer les services de santé mentale. Ce rapport doit préciser les modalités des transitions entre tous les intervenants du système; indiquer si les RLISS ont envisagé d'établir**

un point d'accès unique; et, le cas échéant, estimer le calendrier d'exécution.

5. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée consulte le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels (MSCSC) et soumette au Comité permanent un rapport précisant :**

   - **si le MSCSC recueille des statistiques auprès des services locaux de police (dont la Police provinciale de l'Ontario) qui suivent les tendances associées aux interactions entre la police et les personnes souffrant d'une maladie mentale en situation de crise;**
   - **le genre de formation disponible pour aider la police à interagir de façon compétente et professionnelle dans toutes les situations mettant en cause des personnes souffrant d'une maladie mentale grave dans la collectivité.**

6. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les RLISS présentent au Comité permanent un rapport indiquant les mesures prises pour rétrécir les écarts de rémunération entre les fournisseurs des services de santé mentale qui travaillent dans la collectivité et ceux qui travaillent en établissement.**

7. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent un rapport expliquant comment le Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS) corrigera le problème du financement fondé sur les niveaux antérieurs, qui a entraîné des disparités régionales dans le financement des programmes. Le rapport doit également indiquer quand le Ministère peut s'attendre à ce que le MAS devienne la principale méthode de financement des SCSM dans la province. Enfin, le rapport doit indiquer si le Ministère et les RLISS souscrivent à la position du Comité permanent, à savoir que les ententes de service entre les RLISS et les fournisseurs de ce secteur devraient être signées avant que les fonds ne soient versés en vertu du MAS.**

8. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, présente au Comité permanent un rapport indiquant s'il comprend bien les services précis fournis par chacun des quelque 330 fournisseurs de services communautaires de santé mentale.**

9. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les RLISS présentent au Comité permanent un rapport indiquant les ressources ou outils dont ils auront besoin pour évaluer la très forte demande de logement avec services de soutien dans le secteur des services communautaires de santé mentale. Le rapport devrait aussi indiquer les mesures prises pour gérer la demande, et si le Ministère convient avec le Comité qu'il devrait attribuer les nouveaux logements avec services de soutien aux RLISS qui ont les plus grands besoins.**

10. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, présente au Comité permanent un rapport indiquant les grandes mesures à prendre pour élaborer des normes à appliquer aux programmes communautaires de santé mentale qui n'en ont pas pour le moment. Le rapport devrait aussi préciser l'ordre des étapes et les délais associés à chacune.

11. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, présente au Comité permanent un rapport indiquant les mesures prises pour s'assurer que les fournisseurs de services communautaires de santé mentale recueillent des données complètes, utiles et exactes. Le rapport devrait aussi préciser si le Ministère ou les RLISS examinent cette information et font part de leurs préoccupations aux fournisseurs en temps opportun.

12. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les RLISS, présente au Comité permanent un rapport clarifiant les rapports hiérarchiques existants entre les fournisseurs de services communautaires de santé mentale, les RLISS et le Ministère. Le rapport doit indiquer comment les rapports répondraient aux besoins en information de chaque partie sans imposer de fardeau indu aux fournisseurs de services.